اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المعاقين عقلياً
طبيعته وأساليب معالجته

إعداد: رحاب حمد الصاعدي

ملخص الدراسة

تعد المشكلات السلوكية المصاحبة للأطفال المعاقين عقلياً مصدر قلق أساسي للأسرة، وللأشخاص الذين يعملون بشكل مباشر مع الأطفال المعاقين عقليا سواءً في المؤسسات الخاصة، أو في المدارس العادية، ويأتي سلوك اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المعاقين عقليا على قائمة المشاكل السلوكية لما له من تأثيرات سلبية على الطفل المعاق عقلياً أو على أسرته كما أنه يجعل الطفل شخصاً غير مقبولٍ في البيئة الاجتماعية، والتربوية التي يتفاعل معها؛ إذ يعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دور مهما في حياة الفرد من حيثُ قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به.

ولهذا هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المعاقين عقلياً، ومن ثم دراسته وتحليله من خلال توظيف برنامج تعديل السلوك، بحيث تتمكن معلمة التربية الخاصة من مواجهة تلك السلوكيات بفاعلية، ومع ما قدم من برنامج علاجي تربوي للطالبة صاحب الحالة واستخدام البدائل المناسبة لمستوى الاضطراب الذي تعاني منه، فقد طرأ تحسن واضح وبشكل ملحوظ لصاحبة الحالة ولم تعد إلى الخط القاعدي بعد تطبيق العلاج السلوكي.

مقدمة:

يعد الانتباه من أهم العلميات العقلية التي تلعب دوراً هاماً في النمو المعرفي لدى الفرد ، حيث أنه يستطيع من خلاله أن ينتقي المنبهات الحسية المختلفة التي تساعده على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة بما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به، وبالرغم من أن الانتباه عملية عقلية نمائية، إلا أنه قد نجد عدم قدرة بعض الأطفال على تركيز انتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شئ بعينه لفترة، مع عدم استطاعتهم أن يتحرروا من العوامل الخارجية المشتتة لانتباههم ، كما أنهم يتحركون حركات مفرطة دون هدف ، واندفاعيون مما يوقعهم في أخطاء كثيرة (صافيناز كمال :).

وإن كانت اضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط تمثل مشكلة بالنسبة للأطفال العاديين وللمحيطين بهم، فلنا حينئذ أن نتصور حجم معاناة الأطفال المعاقين ذهنياً ومن يقوم برعايتهم، ومن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة لتقييم فاعلية بعض الأساليب العلاجية التي يمكن أن تستخدمها معلمات التربية الخاصة لكبح هذه السلوكيات، وهذه الدراسة ترتكز على استخدام برنامج تعديل السلوك كأحد أساليب خفض سلوك اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى إحدى الأطفال المعاقات عقلياً.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

سعت الدراسة الحالية لتحديد مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى إحدى الأطفال المعاقات عقلياً تمت ملاحظتي لها أثناء قيامي بعمل مشاهدات صفية وتطبيق عملي لاستكمال متطلبات دراستي لمادة التربية العملية، وعند سؤالي عن حالة الطالبة أخبرتني مربية الصف أن هذه الطالبة قد تدرس في (معهد التربية الفكرية) في الصف الثاني، وأن لديها مظاهر تدل على وجود اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، يؤثر على سلوكها عامة، وتحصيلها الدراسي خاصة.

وللتصدي لتلك المشكلة تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما المظاهر العامة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ؟
٢. ما الأسباب التي تقف وراء الإصابة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط؟
٣. ما أثر البرنامج العلاجي المقترح في مواجهة مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى صاحبة الحالة؟

أهمية الدراسة:

يعتبر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط بشكل خاص عقبة أساسية تحول دون النجاح في المدرسة، ودون تواصل الفرد مع مجتمعه والتعبير عن نفسه وفهم الآخرين، كما يؤدي إلى إعاقة النمو العقلي والمعرفي والإنفعالي بوجه عام. فالقدرة على الانتباه هي مفتاح النجاح والوصول في حياة الفرد، والضعف فيها يؤدي إلى عجز الفرد عن أداء وظائف أساسية في حياته.

من خلال هذه الدراسة سيتم تركيز الضوء على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى إحدى الأطفال المعاقات عقلياً، مع محاولة تبيان أسبابها، وتبيان تأثير البرنامج العلاجي المعد من أجلها، حيث تسهم هذه الدراسة في مساعدة الطالبة صاحبة الحالة بشكل خاص، وفي تحقيق هدف من أهداف التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية والتي تهدف إلى توفير برامج علاجية مساندة للمنهاج المدرسي، وإسهامها في إلقاء الضوء على حالات مشابهة والمساعدة في وضع برنامجي علاجي مشابه

التعريفات الإجرائية:

١. الإعاقة العقلية (Mental Retardation) : تعرف الجمعية الأمريكية (AAMD) الإعاقة العقلية بأنها انخفاض ملحوظ دون المستوى العادي في الوظائف العقلية العامة ينشأ عنها أو يصاحبها انخفاض في السلوك التوافقي يظهر خلال فترة النمو قبل سن الثامنة عشر.(حسن عبد المعطي ،السيد أبوقلة:٢٠٠٧).

٢. سلوك اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط (ADHD) : يحدد دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠٠٠) ثلاثة أنماط من هذا الاضطراب اعتماداً على كم ما يظهره الفرد من مشكلات الانتباه في مقابل مشكلات النشاط المفرط – الاندفاعية، وهذه الأنماط هي: نمط قصور الانتباه،ونمط النشاط المفرط- الاندفاعية،والنمط المختلط (دانيال هلالاهان وآخرون: ٢٠٠٧م).

٣. أساليب المعالجة: تلك الإجراءات التي ترتكز في طبيعتها على المنهج العلمي والتجريبي بغرض توجيه السلوك المراد ضبطه، مثل: الإجراءات السلوكية أو إجراءات السلوك المعرفي (عبد الله محمد الوابلي: ١٤١٨هـ).

الإطار النظري:

اضطراب " الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط " ADHD عبارة عن سلوك متواصل من زيادة في الحركة أو نقص في الانتباه ووجود سلوك اندفاعي. كل هذه السلوكيات توجد بشكل لا يتناسب مع عمر الطفل أو المتعارف عليه عموماً. يشكل هذا الاضطراب عبئا ثقيلا على الوالدين في المنزل وعلى من يقدم الرعاية للطفل في المدرسة ويؤدي للكثير من المشاكل في تعليم الطفل وعلاقاته مع أقرانه وقد يؤخذ كل سلوك يبدر من الطفل على أنه قلة أدب ويتلقى العقاب عليه مما يؤدي لشعوره بأنه مرفوض من أهله ومن كل من يتعامل معه.(عبد العزيز الشخص :١٩٨٥).

نسبة حدوث هذا المرض متفاوتة جدا (٢ إلى ٢٠%) من مجتمع إلى آخر حسب مقاييس التشخيص المستخدمة والشخص الملاحظ لسلوك الطفل. ويقصد بذلك أن الوالدين غالبا ما يتجاوزون عن السلوك الذي يبديه الطفل إلى حد ما ولكن عند دخول المدرسة أو الروضة تبدأ المشاكل ثم ينتهي الأمر بتحويل الطفل إلى الطبيب النفسي. لذا من المعتاد أن لا تشخص حالات هذا الاضطراب إلا بعد سن السادسة أو السابعة من العمر. (محمود حموده:١٩٩١).

الأسباب:

لا يوجد سبب معروف لحد الآن لهذا المرض على وجه الدقة فمعظم الأطفال المصابين به لا يوجد لديهم تلف ظاهر في الدماغ وكذلك فإن الأطفال الذين يعانون من تلف واضح في الدماغ قد لا يعانون من هذا المرض. وبالرغم من عدم وجود سبب واضح إلا أن اضطراب (الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط) يصاحبه مشاكل أخرى تشير إلى مشاكل في وظيفة الدماغ الأساسية وهي مشاكل التعلم. ومن الأسباب المقترحة للمرض هي المشاكل التي تحدث للجنين مثل تعرض الأم للسموم، إصابات لدماغ الجنين(كيميائية، إشعاعية....إلخ)، الولادة المبكرة. كما يعتقد بعض الباحثين بوجود ما يربط النظام الغذائي للطفل بهذا المرض مثل المواد المضافة للطعام مثل المواد الملونة والحافظة، ويمكن تلخيص العوامل المسببة في:

١) **الوراثة** **Factors Genetic:**

من أكثر الأدلة التي تشير إلى دور كبير للوراثة في هذا الاضطراب هو نسبة حصول الحالة بشكل كبير بين التوائم المتشابهة عن التوائم غير المتشابهة فضلا عن غير التوائم. أخوة الطفل المصاب يعانون من كثرة الحركة ضعف ما يعانيه الأطفال عموما وبشكل قد يطغى كثرة الحركة فقط أو نقص الانتباه فقط على الأعراض الملاحظة. والأطفال المصابون معرضون للإصابة بأمراض أخرى في مستقبلهم كأمراض سوء السلوك، الشخصية المعادية للمجتمع أو معاقرة الخمور والمخدرات أكثر مما يعانيه عامة المجتمع.(السيد على،فائقة بدر:١٩٩٩).

٢) **أسباب تخلقيه** **Developmental Factors :**

تعتبر فترة الحمل وبالذات الأولى من أكثر الفترات حساسية في حياة الجنين إذ يتم فيها التخلق الرئيسي لأعضاء وأجهزة جسم الجنين وأهمها الدماغ بما تمثله حساسية خلاياه للمؤثرات الخارجية.و يعتقد أن اضطراب " الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط " ينتشر أكثر في الأطفال الذين ولدوا في شهر سبتمبر(الصيف) وهذا يعني أن فترة الحمل الأولى والفترة التي تسبقها مباشرة تكون في الشتاء وهذا يعني تعرض الأم للكثير من الإصابات الفيروسية.

كما يعتقد أن تلف الدماغ Brain Damage قد يبدأ أثناء مرحلة التخلق في فترة الحمل الأولى. ويرجح أن يكون السبب يكمن في الدورة الدموي للدماغ أو التعرض لمواد سامة أو التعرض لإصابة جسمانية. يظهر لدى الطفل أعراض هذا التلف بشكل غير محدد أو واضح لاحقا.(حسن عبد المعطي:٢٠٠١).

٣) اختلال نسب النواقل العصبية (Neurotransmitters):

توجد طيف واسع من هذه النواقل ترتبط باضطراب (الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط). ويشكل النورأدرينالين(Noradrenalin) أهم هذه النواقل في حدوث المرض وعلى وجه الدقة الآثار الطرفية (الغير مركزية).

إن ازدياد نسبة النورأدرنالين في الدورة الدموية طرفيا يؤدي إلى تثبيط نشاط مركز إنتاجه في الدماغ وهي نواة الـ لوكاس سيريوليوس (Locus Ceruleus) مما يؤدي في النهاية إلى نقص تركيز النورأدرينالين طرفيا. ويعتقد أن هذه الطريقة في تنظيم النورأدرينالين هي ما يجعل أعراض المرض تتحسن مع استخدام (المواد المنشطة) كمادة الـ (ريتالين Ritalin) وذلك لدورها في تثبيط نشاط مراكز إنتاج النورأدرينالين مركزيا.(السيد على،فائقة بدر:١٩٩٩).

٤) عوامل فسيولوجية عصبية (Neurophysiological Factors):

- يمر دماغ الإنسان بقفزات تطورية في أعمار معينة والتأخر في النمو في هذه الفترات لأي سبب قد يشكل عاملا مساعدا لظهور أعراض فرط الحركة.
- يعتقد أن وجود اختلال في النشاط الكهربي للدماغ حتى بشكل غير محدد من العوامل المهمة أيضا.
- لم تظهر الدراسات الإشعاعية وجود أي نتائج غير طبيعية في أدمغة الأطفال المصابين.
- أظهرت الدراسات تدني الدورة الدموية في الفص الأمامي للدماغ في الأطفال المصابين كما أظهرت هذه الدراسات أن الإناث المصابات يعانون من تدني نسبة الجلوكوز في الدماغ عن الأطفال الذكور المصابين.

وتكمن أهمية هذه الاضطرابات في أن الفص الأمامي يعمل طبيعيا على تثبيط نشاط الطفل الزائد والغير موجه وأي اختلال في وظائفه يؤدي إلى ازدياد الحركة والاندفاعية في السلوك.(السيد السمادوني:١٩٨٩).

٥) عوامل اجتماعية ونفسية (Psychosocial Factors):

يعاني الأطفال المتواجدين في مراكز التأهيل والأماكن المعزولة والضيقة من زيادة الحركة ونقص في درجة الانتباه ويعزى ذلك للحرمان الطويل من العاطفة وتختفي الأعراض بمجرد بعدهم عن هذه الأماكن. العوامل الاجتماعية والنفسية الأخرى هي: الضغوط النفسية والخلافات الأسرية والظروف التي تجبر الطفل على العيش في جو روتيني وممل. لا يعتبر الوضع المادي للأسرة عاملا من عوامل ظهور المرض. (محمد عبد الظاهر الطيب:١٩٩٦).

التشخيص والصورة الإكلينيكية:

تظهر أعراض المرض في الحالات التي تتطلب الهدوء والانضباط وأفضل مثال على ذلك المدرسة وتقل القدرة على مراقبة وتمييز أعراض المرض عن التصرفات الطبيعية وشقاوة الأطفال في أوضاع معينة مثل أثناء اللعب في الأماكن المفتوحة ومع الأطفال الآخرين وتقل أيضا أثناء المراقبة لسلوك الطفل بشكل فردي كوجود الطفل في عيادة الطبيب.

تشخيص اضطراب " الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط " يتطلب وجود زيادة في الحركة أو اندفاعية وكذلك نقص واضح في انتباه الطفل تؤدي في النهاية إلى ظهور مشاكل في حياة الطفل في أكثر من مكان أو مناسبة فمثلا يضطرب سلوك الطفل في البيت كما هو في المدرسة أيضا.

أحد الخصائص المهمة لهذا الاضطراب هي عدم قدرة الطفل على الاحتفاظ بتركيزه لفترة كافية وسهولة تشتيت انتباهه عما كان يقوم به أو ما يكلف به من مهام حتى لو بسيطة جدا كمجرد الاستماع لجملة واحدة. وفي المدرسة يظهر هؤلاء ضعفا واضحا في استيعاب التعليمات وتنفيذها وغالبا ما يبذل المعلم مجهودا أكبر معهم في التحكم في تصرفاتهم وتنبيههم لسلوكهم. كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة في الدراسة سواء في القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية....إلخ.(كمال سيسالم:٢٠٠١).

يعتبر تقرير المعلم عن الطفل من أهم أدوات التشخيص سواء من ناحية سلوكه أو أداءه الدراسي وتحصيله والمشاكل التعليمية الأخرى التي يعاني منها الطفل وكذلك من ناحية علاقته مع الأطفال الآخرين وعند عمل المقاييس النفسية للمساعدة في التشخيص أو في متابعة العلاج فإنه يتم الطلب من المعلم تعبئة نموذج التقييم كما هو الحال بالنسبة لوالدي الطفل أيضا.كما تظهر هذه المقاييس النفسية كيفية تعامل الطفل مع مشاكله.

يلاحظ المعلمون شدة حماس واندفاع هؤلاء الطلاب لأي امتحان أو سؤال يطرح ولكنهم يفقدون حماسهم بعد بداية إجابتهم وانشدادهم لأي مؤثر خارجي طارئ قد لا يشكل أهمية كبيرة لهم أو لدروسهم. كما يلاحظ المعلمون أن هؤلاء الطلاب يرفعون أيديهم للإجابة على السؤال حتى قبل أن يكمله المعلم أو حتى قبل أن يعي الطفل المطلوب من السؤال.

يلاحظ المعلمون أيضا بعض السلوك الانعزالي والشعور بالرفض من الآخرين على الطفل المصاب. قد يظهر ذلك على شكل العدوانية مع الطلاب الآخرين أو المعلم أو على شكل إيذاء للنفس كأن يضرب نفسه بما يتناوله في يده من أشياء.

وفي المنزل يجد الوالدان صعوبة مع الطفل في إطاعة أوامرهم ويتصرف باندفاعية ودون تفكير مسبق فمثلا يندفعون في الحديث ومقاطعة المتحدثين والدخول في موضوع لا يعنيهم وقد يصفهم الضيوف بسوء الأدب والفضولية. يتميز هؤلاء الأطفال بتقلب المزاج والعصبية الزائدة. كما أن حجم معاناة هؤلاء الأطفال تزداد عندما يدركون أنهم(مشكله) مما ينتج عنه الإحساس بالنقص.

كما في المدرسة فإن حماس هؤلاء الأطفال كبير لكل تغير في المنزل كوصول ضيوف أو تغيير الأثاث أو ترتيبه أو أي مهمة جديدة يكلف بها فيبدأ بالعمل سريعا ولكن يفشل في إكماله لينشد إلى نشاط أو مؤثر خارجي آخر بسهولة. كما يتعرض الأطفال المصابون للحوادث المنزلية كثيرا فيتطلب الحفاظ على سلامتهم جهدا كبيرا من الأم وقد يتم تغيير طبيعة أثاث المنزل بما يؤمن للطفل حماية من الجروح والإصابات الأخرى نتيجة اصطدامه بقطع الأثاث كحواف الطاولات والنوافذ وغيرها.

في الحالات التي تطغى كثرة الحركة والاندفاعية على باقي الأعراض تكون أسرع في طلب الخدمة الطبية لما تسببه من إزعاج للآخرين وتكون من السهل تشخيصها أكثر من الحالات التي يطغى فيها نقص الانتباه.

قد يظهر الفحص النفسي الإكلينيكي وجود اكتئاب وبعض الاضطراب الطفيف في طريقة التعبير عن التفكير كترديد نفس الإجابة على أسئلة تطرح على الطفل المصاب بـــ " الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ". قد يظهر الفحص الجسماني سوء تنسيق بين وظائف حواس الطفل كالنظر والسمع دون تدني القدرة على السمع أو النظر. كما أنه من غير المستغرب أن يكون لدى الطفل سوء التنسيق في الحركة العضلية العصبية. أيضا قد يعاني الطفل من مشاكل في الذاكرة لعدم قدرته على التعامل مع المعلومة التي تصله من البيئة المحيطة به بالشكل الطبيعي.

قد تبدأ أعراض المرض في سن مبكرة جدا وذلك بمجرد أن يبدأ الطفل بالمشي والحركة الحرة ولكن من النادر أن تشخص حالته قبل سن الثانية أو الثالثة. قد يلاحظ على الطفل الرضيع المعرض للإصابة بالمريض بأنه حساس جدا للمؤثرات الخارجية كالأصوات أو الأضواء والحرارة أو تغير في البيئة المحيطة به كما أن نومه قليل جدا ومتقطع وبكاؤهم متواصل ومن الصعب تهدئتهم عند تعرضهم للإزعاج. وفي أوقات أخرى يلاحظ عليه العكس من ذلك تماما فتقل استجاباته لهذه التغيرات فيظهر عليه الاسترخاء والنوم معظم الوقت.(أحمد عثمان صالح ،عفاف محمود:١٩٩٥).

الفحوص المخبرية والإشعاعية

لا توجد فحوص مخبريه أو إشعاعية تشخص المرض بشكل دقيق وجازم. بل يكون التشخيص بأخذ السيرة المرضية بشكل دقيق بداية من مرحلة الحمل الأولى إذا لم تبدأ قبل الحمل. كذلك يتم التأكد من التشخيص بالفحص الطبي والنفسي والملاحظة لسلوك الطفل ثم الاستعانة بالمقاييس النفسية. .(حسن عبد المعطي،٢٠٠١).

المسار والمآل

مسار المرض متغير ومتنوع. قد تستمر الأعراض إلى سن المراهقة أو حتى البلوغ وقد تتغير صورة المرض وأعراضه مع الوقت فقد تختفي كثرة الحركة وتستمر الاندفاعية ونقص الانتباه مثلا.

من الأعراض التي تتحسن مبكرا كثرة الحركة أما تشتت الانتباه فيكون من أكثر صور المرض وأعراضه استمرارية.

من الأمور التي تؤثر في مسار المرض ومآله وجود تاريخ أسري للإصابة بالمرض، ظروف أسرية أو حياتية سيئة، ووجود اكتئاب أو قلق أو سلوك غير مستحب مصاحب للمرض. كل هذه العوامل قد تؤخر الشفاء من المرض.

عادة لا تتحسن حالة المريض بشكل كامل قبل سن ١٢ سنة وعادة ما يحصل التحسن الكامل بين سن الـ ١٢ والـ ٢٠ من العمر. وعندما يحصل هذا الشفاء الكامل فإن تأثير المرض يكون طفيفا وتكون حياة المريض وشخصيته وانجازه في الحياة طبيعيا أو يقترب من الطبيعي المتوقع منه.وعندما لا يحصل الشفاء الكامل يظل المريض معرضا لظهور اضطرابات نفسية أخرى كظهور السلوك المعادي للمجتمع والإدمان على المخدرات واضطرابات القلق والمزاج. وعادة ما تستمر الصعوبات في القدرة على التعلم بشكل طبيعي مدى الحياة إذا لم يحصل الشفاء الكامل. (كمال سيسالم:٢٠٠١).

تستمر الحالة إلى سن البلوغ في ما نسبته ١٥ إلى ٢٠% من المرضى ولكن ليس بنفس الأعراض أو الشدة كما في الطفولة فتختفي كثرة الحركة وتستمر أعراض أخرى كنقص الانتباه وسهولة التعرض للإصابات والحوادث. وبالرغم من تدني تحصيلهم العلمي إلا أن أدائهم في الوظائف لا يختلف عن الأشخاص الطبيعيين. (عبد العزيز الشخص:١٩٨٥).

عموما فإن العلاج المبكر للحالة والتحكم في الظروف الأسرية المحيطة بالمريض تغير مسار المرض إلى الأفضل ويعطي نتائج أفضل.

العلاج:

١. العلاج الدوائي:

من أفضل العلاجات الدوائية وأكثرها أمنا هي العقاقير المنشطة بما في ذلك الأدوية ذات التأثير القصير الأمد وتلك ذات المفعول الطويل الأمد. يقوم الطبيب قبل بداية العلاج بأخذ القياسات التالية: الطول، الوزن، النبض وضغط الدم وكذلك إجراء الفحص السريري. كما أنه بعد بدء العلاج(بجرعات صغيره تزداد تدريجيا) يجري متابعة وزن الطفل وطوله في زيارات متفرقة. توصى الأمهات بملاحظة شهية الطفل ونومه وإبلاغها للطبيب في كل زيارة متابعة للعيادة. نظرا لوجود تأثير للدواء على شهية الطفل ونموه ونومه فإن استعمال هذه الأدوية يقتصر على فترات الحاجة الماسة لها مثل أوقات الدراسة ويتوقف في فترات أخرى تسمى الـ (Drug Holiday). .(السيد السمادوني،١٩٨٩).

٢. العلاج النفسي والاجتماعي:

إن العلاج بالأدوية لوحدها غير كاف للتحكم بشكل كامل في اضطراب " الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط " بل ينبغي استعمال العلاجات النفسية الغير دوائية مثل مجموعات التدريب على المهارات الاجتماعية والمجموعات العلاجية لذوي هؤلاء الأطفال والعلاج السلوكي في البيت والمدرسة كأهم مكانين يعيش فيهما الطفل المصاب بالمرض.

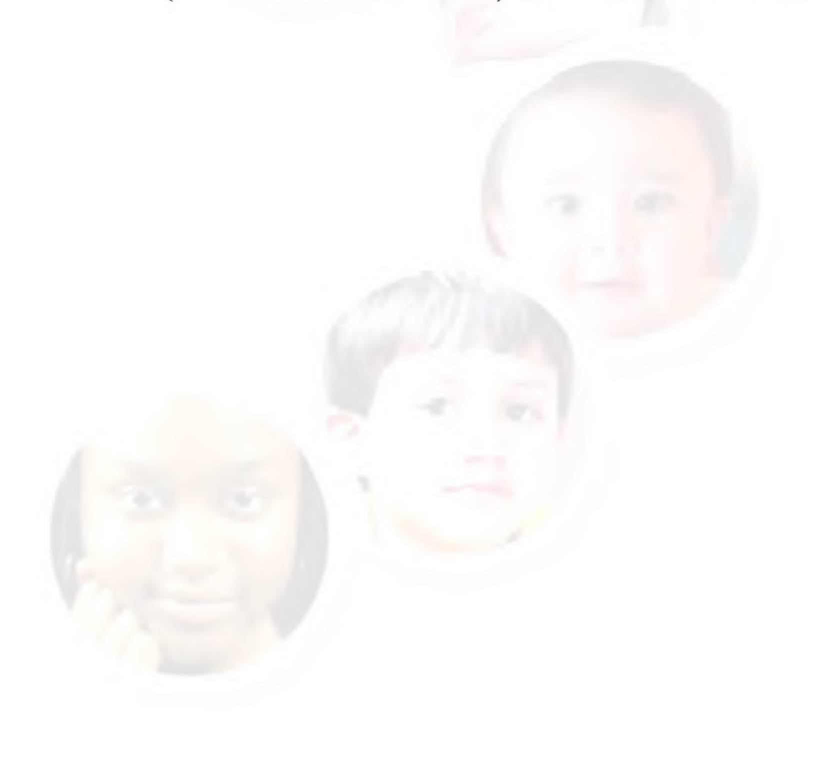
كما أن العلاج النفسي عنصر مهم يؤثر في التعامل مع العلاج الدوائي إذ يجب على الطبيب أن يشرح للطفل لماذا يستخدم الدواء ويعطى الطفل فرصة للتعبير عن وجهة نظره عن العلاج والمشاكل التي يعانيها منه.

يجب مساعدة الطفل على تخطي هذه المشكلة التي قد تكون مؤقتة ورغم الوقت العصيب الذي تلاقيه الأسرة والمدرسة مع الطفل فإنه يجب عدم عقاب الطفل وضربه وتوبيخه على تصرفاته وبالذات أمام الآخرين لأن ذلك سيزيد من معاناة الطفل وإحساسه بأنه مرفوض من الآخرين وزيادة إحساسه بعدم الثقة بالنفس مما يؤدي إلى تفاقم المشكلة بظهور مضاعفات لهذا المرض كالقلق والاكتئاب أو يزيد من أعراض المرض بمزيد من كثرة الحركة والعناد.

إذا بدلا من عقاب الطفل وتنفيره من سلوكه يجب تشجيعه في حال قام بشيء جيد كالتزام الهدوء ولو لوقت محدد فمثلا لو انتظر دوره في الكلام أو في طابور للحصول على شيء معين فيكال له المديح والتشجيع وزرع الثقة في نفسه.

من الأفضل استغلال فترات اللعب لتعليم الطفل السلوك الجيد وكيف يتعامل مع الألعاب والأطفال الآخرين وكيف تنتظر دوره في اللعب ويفضل استغلال كل أنواع الألعاب التي تعتمد على استخدام كل حواس الطفل كاللمس والسمع والنظر وتدريبه على كيفية استغلال هذه الحواس وتنمية الانتباه لديه.

ينبغي التركيز على المهارات الاجتماعية مثل العلاقة مع أقرانه سواء أصدقائه أو زملائه في المدرسة وكذلك المربين والمعلمين.(محمد جميل منصور:١٩٩٠).



الدراسات السابقة :

أولا : دراسات تناولت اضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط في علاقتها ببعض المتغيرات .

كشفت نتائج دراسه جولدمان واخرين (١٩٩٨) Goldman, et al., عن وجود حوالى ٣% : ٦% من أطفال المدارس الابتدائية والإعدادية يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد ، وأن هذه الاضطرابات أكثر انتشاراً بين البنات عنها لدى الأولاد ، وأن غالبية الأطفال أثناء فترة علاجهم يبدأون بالعلاج الدوائي قبل العلاج النفسى. وفى دراسة أخرى قام بها دوبل وآخرون (٢٠٠١) Dupaul, et al,. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فى اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد. كما أشارت نتائج دراسة ميرل وبلتر (٢٠٠١) Merrell & Boelter إلى أن الطفل ذو اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد أكثر عدوانية ومستبد برأيه ومندفع وغير ناضج ، وكثير الكلام، وغير متعاون مع أقرانه في الأنشطة المختلفة. إن نسبة اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد أعلى بصورة كبيرة بين الأولاد مقارنة بالبنات . وأكدت دراسة كوفمان (٢٠٠٤) Kaufman, على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الكفاءه الوالدية واضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد. وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الكفاءه الوالدية والأوامر الوالدية للطفل مضطرب الانتباه والحركة الزائدة.

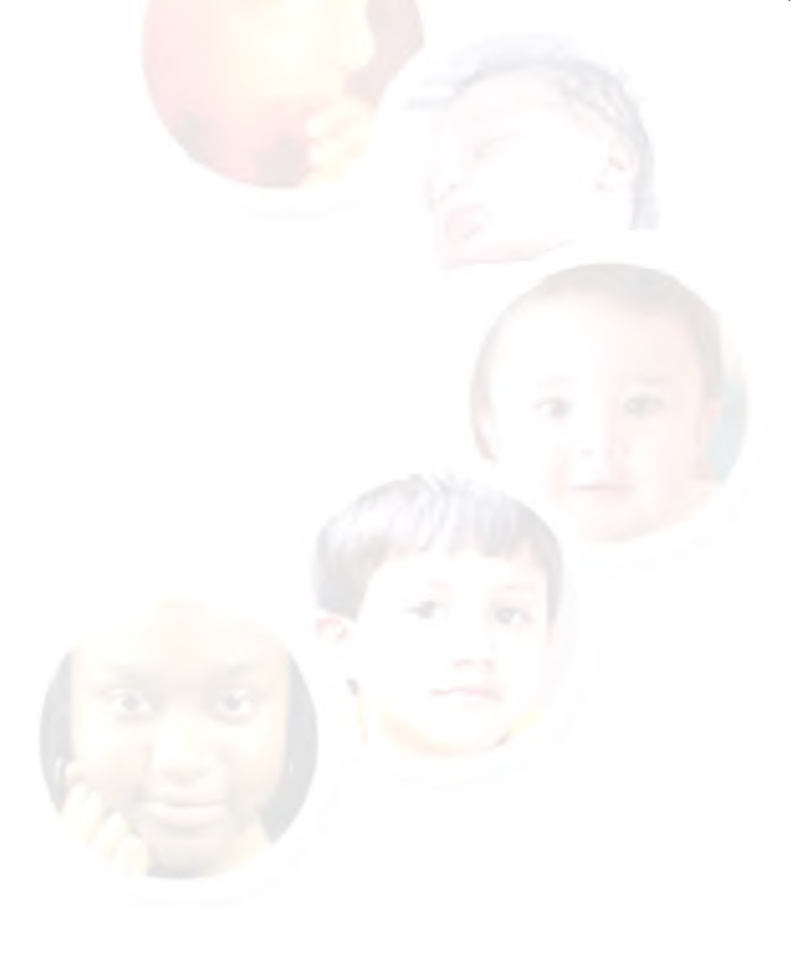
ثانيا : **دراسات تناولت برامج علاجية لخفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال العاديين والمعاقين ذهنياً.**

هدفت دراسة كوريل وهيتشسون (١٩٨٧) Corell & Huthchison إلى التعرف على أكثر البرامج العلاجية شيوعا التي يمكن استخدامها مع ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد فوجد أن البرامج السلوكية أكثر فعالية من برامج الإرشاد الأسرى والعلاج الطبي البيئي وذلك في حالات اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد. دراسة باركلي وآخرين (١٩٩٢) Barkley, et al., هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعليه ثلاث برامج في خفض اضطرابات الانتباه لدي المراهقين ، واستخدم برنامج يعتمد علي إدارة السلوك، وحل المشكلات والإرشاد البنائي ، وإمتدت البرامج الثلاثة من (١٢- ١٨) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، واستمرت المشاركة فى برنامج المتابعة بعد انتهاء البرنامج لمده ثلاثة شهور. وجاءت النتائج على النحو التالى : فاعليه البرامج الثلاثة فى خفض الاتصال السلبي والصراع والغضب المصاحب لهذا الصراع مما أدى الى فعالية البرامج الثلاثة في خفض إضطرابات الانتباه لدى المراهقين بنسب متقاربة ..دراسة والكر وإلمنيت (١٩٩٢) Walker & Element هدفت الدراسة إلى مقارنه ثلاث برامج علاجية ، تعتمد على (ضبط الذات – تعديل المهارات السلوكية – التدريب الوالدى) لخفض اضطراب ضعف الانتباه والاندفاع والحركة الزائدة ، هدفت دراسة سعيد دبيس والسيد السمادونى (١٩٩٨) إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجى سلوكى معرفى في علاج عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم. أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الذى يقوم على تدريب العينة علي كيفيه تقديم التعليمات اللفظية للذات في خفض الحركات الغير المضبوطة وزيادة تركيز الانتباه لدى الأطفال والاحتفاظ به فترة أطول.وأشارت نتائج دراسة زينب شقير (١٩٩٩) إلى وجود تأثير دال إحصائياً للتدخل بالعلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور في تحسين متغيرات الدراسة (اضطراب الانتباه - وفرط النشاط -والعدوانية –والاندفاعية) لدى الأطفال٠وأشارت نتائج دراسة مكاى وآخرين (١٩٩٩) Mckay et al., إلى فاعلية الإرشاد الأسرى بشكل عام وبفنياته المختلفة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد ،تحسن حوالي (٧٠%) من الأطفال الذين تم علاجهم بطريقه المشاركة الجماعية في مقابل (٥٤%) من الذين استخدم معهم العلاج الفردى،

الأطفال الذين تم إرشادهم أسريا بطريقه جماعية أصبحوا أكثر مشاركة إجتماعياً واتصال مع والديهم وأكثر قدرة علي حل مشكلاتهم الشخصية.

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يلاحظ أن غالبيتها ركزت على برامج الإرشاد الأسري بينما الدراسة الحالية تركز على برنامج تعديل السلوك في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وتبرز فاعلية هذا البرنامج في خفض مستوى ممارسة تلك السلوكات غير التكيفية لدى الأشخاص المعاقين عقلياً، وبما أنه أجريت دراسات عدة للتعرف على فاعلية برامج الإرشاد الأسري، ولم تجر دراسات كافية حول (برنامج تعديل السلوك) وخاصة على المستوى المحلي، لذلك تأتي أهمية هذه الدراسة للتعرف على فاعلية برنامج تعديل السلوك في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى المعاقين عقلياً.

وقد استفادت الدراسة الحالية من تلك الدراسات في إثراء الإطار النظري وفي بناء أدوات الدراسة الحالية.



الطريقة و الإجراءات:

في الفقرات الآتية وصف لصاحبة الحالة و أدوات الدراسة وإجراءات جمع البيانات .

عينة الدراسة:

اقتصرت عينة الدراسة الحالية على طالبة واحدة تم اختيارها في العام الدراسي ٢٠٠٧ /٢٠٠٨ الفصل الدراسي الثاني، وهي طالبة في (معهد التربية الفكرية) في الصف الثاني.

أدوات الدراسة :

اشتملت الدراسة على :

أولاً: الملاحظة والمراقبة: وهي تقوم على ملاحظة الفرد صاحب الحالة بشكل مباشر ومراقبته في موقف معين وتسجيل ما تم مشاهدته أو ملاحظته دون زيادة أو نقصان وهي أداة لملاحظة سلوك ما وصفه بشكل طبيعي وفي المواقف الطبيعية ،إلا إنه يعاب عليها أن الفاحص قد يتأثر بسلوك المفحوص سلباً أو إيجاباً وقد يطغي الجانب الشخصي على الملاحظة ، ثم إن الملاحظة إذا لم تسجل فوراً قد يغفل الملاحظ بعض التفاصيل .

ثانياً: مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط: وهو مقياس لتقييم أنماط السلوك المرتبطة باضطراب قصور الانتباه، ويتكون من ثلاثين مفردة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية هي (نقص الانتباه ١- ١٠، الاندفاعية ١١-٢٠، النشاط الزائد ٢١-٣٠) يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل حجرة الدراسة وخارجها للتعرف على مظاهر اضطراب قصور الانتباه، وهذه المفردات تصف سلوك الطفل في مظاهر متعددة (ملحق رقم ١).

ثالثاً: البرنامج العلاجي لتعديل السلوك: وذلك بتطبيق خطة تعديل السلوك (ملحق رقم ٢).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بإجراءات التشخيص

كشفت الدراسة عن النتائج التالية:

اسم الطفلة : (ب. ح. ص)

العمر : ١٠

الجنس: أنثى

اسم المدرسة / المركز : معهد التربية الفكرية

اسم معدل السلوك : رحاب الصاعدي

تاريخ إعداد الخطة: ٢/٣/ ٢٠٠٨م

أولاً : تحديد السلوك المستهدف:

تعاني الطالبة من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في غرفة الصف .

ثانيا : تعرف السلوك المستهدف إجرائياً:

تعاني الطالبة من عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد حيث تقوم بهذا السلوك عند الفشل في قراءة أو كتابة حرف معين أو الفشل في أداء مهمة معينة بها؛ ونتيجة لذلك تشعر الطالبة بعجز الانتباه ومن ثم التدخل في شؤون زميلاتها، ويحدث تكرار هذا السلوك بسبب ما يلاقيه هذا السلوك من ضحك وإعجاب من قبل زميلاتها من نفس المجموعة التي تنتمي إليها الطالبة.

ثالثاً: قياس السلوك المستهدف :

تمت إجراءات قياس السلوك الغير مرغوب فيه عن طريق الملاحظات من قبل المعلمة أثناء متابعتها للطالبة في الحصة الدراسية ومتابعة الطالبة وتسجيل مدى التكرار لحدوث السلوك الغير مرغوب فيه.

ويلاحظ أن السلوك كان يتكرر لمدة ٦ مرات يومياً خلال ٣٠ دقيقة هي مدة الملاحظة.

وكذلك تسجيل نسبة حدوث السلوك وهي تسجيل طول الفترة الزمنية التي يستمر فيه السلوك بالحدوث خلال فترة الملاحظة وتحسب بالمعادلة التالية:

نسبة الحدوث = مدة السلوك / مدة الملاحظة * ١٠٠

نسبة الحدوث للطفلة صاحبة الحالة = ٦ / ٣٠ * ١٠٠ = ٢٠ %.

رابعا : التحليل الوظيفي للسلوك (المثيرات القبلية والبعدية للسلوك):

تحتاج هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق والظروف السابقة أو المحيطة بالطفلة عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه، كما تتطلّب هذه الخطوة من خلال دراسة الحالة استكشاف بداية ظهور السلوك الخاطئ في التكوين.

فمثلاً بدأت الطفلة موضع الدراسة في المعاناة من تشتت الانتباه منذ سنة، ومن أهم المثيرات التي تلاحظ على الطالبة هو الشعور بالفشل والإحباط عندما يطلب من الطالبة تنفيذ مهمة ما في داخل الغرفة الصفية ولا تستطيع العمل على تنفيذها ، وكذلك عندما تريد أن تحقق شيأ تريده ولا تستطيع العمل على تحقيقه، وعند فشلها في ذلك فإنها تعجز عن الانتباه.

كذلك يجب أن تحدَّد الاستجابات البيئيَّة إثر ظهور السلوك غير المرغوب فيه. فمثلاً قامت المعلمة بمعاقبتها عندما تراها لا تنتبه لشرحها، وكذلك العمل على تقييد حركتها، وكذلك تقوم زميلاتها بالضحك عليها.

السلوك المرغوب : هو أن تقوم الطالبة بالانتباه للمعلمة أثناء شرحها للدرس وان لا تتدخل في شؤون زميلاتها إلا بعد أن تأذن لها المعلمة ، وأن تتعاون معهن على تحقيق الهدف المطلوب من العملية التعليمية في الحصص الدراسية، وان تعمل الطالبة على تقليل عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

خامساً: الإجراءات العلاجية (أساليب العلاج المستخدمة) :

تمت إجراءات علاج سلوك عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك من خلال عدة أساليب من العلاج السلوكي، والتي تم اتخاذها لتخفيض السلوك الغير مرغوب فيه ومن هذه الأساليب ما يلي :

أولاً : التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى : حيثُ يعتبر هذا الإجراء من الإجراءات الفعالة في تقليل وإنهاء السلوك الغير مرغوب فيه، حيثُ كلما قامت الطالبة بالانتباه إلى شرحي أقوم بتعزيز الطالبة للعمل على نسيان السلوك الغير مرغوب فيه .

ثانياً : التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض: وهو إجراء من الإجراءات المستعملة التي تستعمل للإقلال من حدوث السلوك الغير مرغوب فيه وقد قمت في هذا الأسلوب العلاجي بتعزيز انضباط الطالبة على الاستئذان من معلمتها عندما تريد شيأ من زميلتها أو أن تتحدث إليها، وتعزيز هذا السلوك كلما حدث ومن ثم الجأ إلى السلوك المتقطع حتى لا يحدث إشباع للسلوك الجديد المتعلم .

ثالثاً : التعزيز التفاضلي لنقصان في السلوك : حيثُ قمت في هذا الإجراء بتعزيز النقص التدريجي في عدد مرات حدوث السلوك بعد انقضاء فترة زمنية محددة، حيثُ كلما انتبهت الطالبة إلى المعلمة أثناء الشرح أقدم لها التعزيز المادي والرمزي، ومن ثم أوجهها بالنظر إليها في أثناء الشرح حتى لا تحدث عملية تشتت الانتباه والتعزيز كلما زاد انتباه الطالبة للحصة الدراسية .

رابعاً : استخدم أسلوب الاسترخاء : وفي هذا الأسلوب أقوم بالطلب من الطالبة أن تنظر على بتمعن لمدة ٢٠ ثانية وعندما اسبب التوتر الكافي اطلب منها الاسترخاء وإرجاع ظهرها إلى ظهر الكرسي واسترخاء ذراعيها، حيث بالتالي أحصل على نسبة عالية من الانتباه وعدم النشاط الحركي الزائد، وأقوم بتعزيز هذا السلوك في أثناء حدوث الانتباه .

خامساً : استخدام أسلوب الإقصاء : حيثُ أن الهدف من هذا الأسلوب هو التخلص أو الإقلال من حدوث السلوك الغير مرغوب فيه حيثُ قمت باتخاذ هذا الأسلوب من خلال إبعاد مصادر التعزيز عن الطالبة لفترة زمنية محددة وذلك مباشرة بعد حدوث السلوك حيثُ قمت

بإخراج الطالبة من مقعدها وان ترفع يديها وتضع وجهها بالحائط حتى لا ترى الآخرين أثناء استمتاعهم بالحصة الدراسية واسأل الطالبة لماذا أنت هنا ؟ وعندما تجيب أكون قد حققت الهدف المرجو من الإقصاء .

سادساً : أسلوب التشكيل ، حيثُ تم بموجب هذا الإجراء تكون تعلم سلوك جديد مستعملين التقريب المتتابع للوصول إلى السلوك المرغوب فيه ، حيثُ أقوم بتعزيز الطالبة في كل مرة تقوم بالانتباه حيثُ استخدم مع الطفلة في هذا الأسلوب العلاجي استخدام التعزيز المستمر، وبعد التأكد من حدوث عملية الانتباه أقوم بالتعزيز المتقطع وذلك لعدم حدوث الإشباع ومن ثم انتقل بالطفلة إلى المهمة الأخرى والتي من شأنها العمل على الحد من النشاط الحركي الزائد .

ومن هذه العوامل ما يلي :

- استخدام الوسائل التعليمية (مجسمات ، لوحة الجيوب ، البطاقات) .
- عندما أقوم بالشرح بهدوء وبدون انفعال أو عصبية على الطلبة .
- الكتابة أو الرسم على السبورة للحروف أو غيرها .
- استخدام لوحة التعزيز ومتابعتها باستمرار .
- عندما أقوم بالمناداة على الطالبة باسمها .
- عندما تكون الحصة ممزوجة بروح المرح .
- عندما تتوقع الطالبة أن تكون لها مشاركة في النقاش داخل الحصة .
- عندما أتعامل مع الطلاب معاملة حسنة وبدون تمييز .
- عندما أقوم بتنظيم عملية رفع الأيدي للمشاركة وتوزيع الأسئلة بالتساوي .
- عندما أنوع من أسلوبي في الشرح .
- عندما أخصص وقتاً لكتابة الحرف عن السبورة في الدفتر .
- عندما تكون السبورة منظمة بالمعلومات وبوضوح .
- التقليل من أهمية الامتحانات (عدم التهديد بالعلامة) .
- عدم السماح للطالبات بالخروج إلى دورة المياه .
- عندما يكون هندامي مناسباً لكن غير ملفت للنظر .

سادساً : تقييم فاعلية برنامج العلاج:

بعد استخدام الأساليب العلاجية الآنفة الذكر مع الطالبة فقد تم تخفيض السلوك إلى درجة كبيرة من خلال المعززات المستمرة وعند التأكد من حدوث السلوك المرغوب فيه أقدم التعزيز المتقطع حتى لا تحدث عملية الإشباع التي ربما تؤدي إلى إرجاع تشتت الانتباه وقد تم حصر السلوك وجذب انتباه الطالبة بكافة الوسائل والطرق السابقة وتعزيز الطفلة في كل عملية صحيحة والعمل على التقليل والخفض الكبيرين في السلوك الغير مرغوب فيه.

جدول رقم (١)

معدل الاستجابات اليومية خلال فترة المعالجة وما بعد فترة العلاج

السلوك المستهدف	الخط القاعدي*	العلاج	الخط القاعدي	العلاج	المتابعة
نقص الانتباه	٦	٤	٦.٥	١	٤.٣
الاندفاعية	٥.٣	٢.٦	٤.٤	٠.٢٣	٠
النشاط الزائد	٠.٥٢	٠.٥	١	٠.١١	٠.٢٠

* هو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج.

* * استوحت الباحثة هذا الجدول من قراءاتها لنتائج الدراسة

كما أن الطالبة قد كانت متعاونة في تخفيض السلوك الغير مرغوب فيه من خلال الحصص الدراسية ومن خلال عملية ضبط الصف من خلال لوحة التعزيز الخاصة بالفصل الدراسي ومن خلال المعززات المادية والرمزية، ولم تعد إلى الخط القاعدي بعد تطبيق العلاج السلوك

التوصيات:

١- تدريب الأطفال المعاقين عقلياً على التركيز والانتباه و التحدث حتى يتمكنوا من التواصل و التفاعل اللفظي الإنساني بصورة ايجابية مع الأقران و المحيطين وذلك من خلال برامج علاجية وتدريبية خاصة بهم .

٢- تهيئة الفرص و الخبرات و الأنشطة الجذابة البناءة " العملية و الحسية و الحركية " و الممارسات التربوية الملائمة للاستثارة اللغوية للأطفال بقصد إثراء حصيلتهم اللغوية والتفاعل الفظي و الاجتماعي المثمر ومساعدتهم على الخروج من حياة العزلة و الانطواء .

٣- ضرورة إعداد برنامج في الإذاعة و التليفزيون لفئات الأطفال ذوى الإعاقة العقلية بهدف إكسابهم معلومات و قدرات و خبرات وممارسات تربوية و لغوية تساهم في جذب انتباههم لأشياء مهمة في الحياة و تكوين ثروة لغوية وتنمى التفاعل الاجتماعي لديهم ، و يقوم بتوعية اسر هؤلاء الأطفال .

٤- ضرورة تقديم برامج التدخل العلاجي المبكر لفئات الأطفال المعاقين عقلياً في كل من الجوانب العقلية المعرفية و اللغوية و الجوانب الاجتماعية و الاعتماد على الذات و ما يستلزم ذلك من خدمات تدريبية و إرشادية و تربوية و علاجية و غيرها .

٥- تقديم عدد من البرامج الإرشادية والتربوية للوالدين بالإضافة إلى الكتابة بالصحف والمجلات والكتب بغية توجيههم إلى أفضل أساليب وطرق تعليم و تدريب الأطفال المعاقين عقلياً و فنيات التعامل معهم و تنمية مهاراتهم بطرق سهلة التطبيق .

٦- تزويد المؤسسات التربوية والمراكز العلاجية التي تتعامل مع الأطفال المعاقين عقلياً ببرامج تدريبية وإرشادية تقوم على أسس علمية وتربوية في تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وتدريب العاملين في هذه الجهات على كيفية تطبيقها و توظيفها بطريقة يسهل اكتسابها والاستفادة منها ، والتوسع في إنشاء مراكز متخصصة لتشخيص الإعاقة العقلية و علاجها مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال وقدرات و احتياجات كل طفل و إشراك أفراد أسرة كل طفل في العلاج بعد إرشادهم و توعيتهم بكيفية التعامل معه .

٧- ضرورة تنوع المواد التعليمية التي تقدم للأطفال المعاقين عقليا ، ويفضل استخدام المادة التعليمية التي تعتمد على أكثر من قناة حسية مع تزويد فصول التربية و العلاج بالأنشطة واللعب و الأدوات التعليمية المختلفة التي تساعد على التمييز السمعي و البصري و تنمية الانتباه و تنمية الإدراك وتكسبهم ثروة لغوية سليمة مع عدم الشعور بالملل .

٨- ضرورة تحلى الوالدين وأفراد أسرة الطفل المعاق عقلياً و المتعاملين معه و المدربين له و المعالجين له بالحب و الصبر و التعاون في تدريب و تعليم و علاج هذا الطفل .

٩- عدم تعريض الطفل المعاق عقلياً لخبرات فاشلة ، أثناء تدريبه على اكتساب بعض المهارات ، حتى لا يشعر بالإحباط بقدر الإمكان بتدريبه على أداء الأعمال البسيطة مع استخدام أسلوب التدعيم و التعزيز المناسب له ، و استخدام أسلوب النمذجه و التوجيه الفظي و الجسمي و تحليل المهمة المراد تعليمه لها إلى خطوات صغيره متدرجة تساعد على سهولة التدريب .

١٠- لابد من تكامل الأساليب العلاجية المختلفة من أجل علاج المشكلات السلوكية المصاحبة للأطفال المعاقين عقلياً ، و لابد أن يكون البرنامج العلاجي للطفل برنامجا" شاملا متكاملا" يتضمن علاج نقاط الضعف لديه و كافة الاضطرابات

لديه بقدر الإمكان كالانتباه و اللغة و العلاقات الاجتماعية و الاعتماد على الذات في بعض النواحي المهمة و التقليل من الأنماط السلوكية النمطية .

دراسات مقترحة:

١- إجراء دراسات حول فاعلية أساليب أخرى في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ومقارنة فاعليتها.

٢- إجراء دراسة مشابهة للدراسة الحالية تتناول عدداً من المتغيرات التي لم يتم تناولها في هذه الدراسة، ومعرفة فاعليتها في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط مثل الجنس، أو العمر، أو شدة الإعاقة ونوعها.

٣- إجراء دراسات حول فاعلية برنامج تعديل السلوك ذي الست خطوات في علاج الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً، وإجراء مقارنة بينهم في التأثير المتوقع من البرنامج.

٤- إجراء دراسات تقارن بين مدى تطبيق المعلمين والمعلمات لبرامج تعديل السلوك وخاصة في مؤسسات التربية الخاصة.

المـراجــع

أولا المراجع العربية:-

١. أحمد عزت راجح (١٩٩٣) : أصول علم النفس . الإسكندرية ، دار المعارف.
٢. السيد على سيد أحمد و فائقة محمد بدر (١٩٩٩) : إضطراب الإنتباه لدى الأطفال - أسبابه وتشخيصة وعلاجه . القاهرة ، النهضة المصرية.
٣. الفت محمود نجيب (٢٠٠٠) : مستويات مشاركة الأمهات في البرامج التدريبية لأطفالهم المعاقين عقليا والتغيرات التي تحدث لديهم ولدى أطفالهم ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٤. جمال الخطيب (١٩٩٥) : العمل مع أسرة الطفل المعاق ، منشورات مركز التدخل المبكر، مدينه الشارقة للخدمات الإنسانية ، الإمارات العربية المتحدة.
٥. حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : التوجية والإرشاد النفسى ، ط٣. القاهرة ، عالم الكتب .
٦. زينب محمود شقير (٢٠٠٢) : خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل - التدخل المبكر - التأهيل المتكامل) ، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين ، المجلد الثالث . القاهرة ، النهضة المصرية.
٧. سعدية بهادر (١٩٩٢) : المرجع فى تربية أطفال ما قبل المدرسة ، ط٢ . القاهرة ، مطبعه المدنى.
٨. سعيد حسنى العزة (٢٠٠٠) : الإرشاد الأسرى نظرياتة وأساليبه العلاجية . عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع .
٩. سعيد عبد الله دبيس و السيد السمادوني (١٩٩٨): فاعليه التدريب علي الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي الزائد لدي الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، مجله علم النفس ، العدد ٤٦، ص ٨٨- ١١٨.
١٠. سلامة منصور محمد (١٩٩٧) : دور الإرشاد الأسرى فى رعاية الأطفال المعوقين ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد السادس ، ص١٦٥ -١٨٠
١١. سمية طه جميل (١٩٩٨) : التخلف العقلى إستراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية . القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
١٢. سمية طه جميل (٢٠٠٠) : فاعلية برنامج إرشادى فى تعديل إتجاهات الأطفال العاديين نحو دمجهم مع أقرانهم المعاقين عقلياً ، المؤتمر الدولى السابع لمركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ٦١١ –٦٥٠ .
١٣. شاكر قنديل (١٩٩٦) : الإستجابات الإنفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسئولية المرشد النفسى " دراسة تحليلية " المؤتمر الدولى الثالث لمركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ٦٢٥-٦٤٣
١٤. ضياء محمد منير الطالب (١٩٨٧) : دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادى فى خفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
١٥. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : الإعاقات العقلية ، سلسلة ذوى الإحتياجات الخاصة ، الجزء الثامن . القاهرة ، دار الرشاد .

١٦. عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحان (٢٠٠١) : أرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقليا على أستخدام جداول النشاط المصور وفاعليته فى تحسين مستوى تفاعلاتهم ألاجتماعيه . المؤتمر السنوى الثامن ، مركز ألارشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ٧٠ - ١١٨ .

١٧. عبد الرقيب البحيرى وعفاف محمد عجلان (١٩٩٧) : مقياس إنتباه الأطفال وتوافقهم . القاهره ، مكتبة النهضة المصرية .

١٨. عبد الفتاح محمد دويدار (١٩٩٨): قياس فاعليه إستراتيجيه للإرشاد النفسي في مواجهة الوجدانات والإنفعالات والمشاعر السلبية لذوى المعاق عقليا، المؤتمر السنوي الثالث لذوي الاحتياجات الخاصة – جامعة المنوفية.

١٩. علا عبدالباقى ابراهيم قشطه (١٩٩٥) : مدي فاعليه بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدي الأطفال المعوقين عقليا، رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعه عين شمس.

٢٠. علاء الدين كفافى (١٩٩٩) : الإرشاد الأسرى "المنظور النسقى الإتصالى" . القاهرة ، دار الفكر العربى ٠

٢١. فاروق صادق (١٩٩٧) : الحاجة الى حقيبه إرشادية لاسرة الطفل المعوق سمعيا ، توجيه للدول العربية ، أتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصه والمعوقين ، (النشره الدولية) ، العدد ٥٢ ، ص ١٣ – ٢٧.

٢٢. كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩) : مرجع فى علم التخلف العقلى ، ط ٢ . القاهرة ، دار النشر للجامعات .

٢٣. كمال سالم سيسالم (٢٠٠١) : اضطرابات قصور الإنتباه والحركة المفرطة "خصائصها ، وأسبابها وعلاجها " الإمارات ، العين ، دار الكتاب الجامعى.

٢٤. لويس كامل مليكة (١٩٩٨) : دليل مقياس ستانفورد – بنيه للذكاء – الصورة الرابعة: المراجعة الأولى ، ط ٢ . القاهرة ، مطبعة فيكتور كيرلس

٢٥. لويس كامل مليكة (١٩٩٨) :الإعاقه العقلية والإضطرابات الإرتقائية . القاهرة، مطبعه فيكتور كيرلس.

٢٦. محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة على (٢٠٠٣) : تدريب الأطفال ذوى الإضطرابات السلوكية على المهارات النمائية . القاهرة ، دار الفكر العربى

٢٧. محمد بيومى خليل (٢٠٠٣) : انحرافات الشباب فى عصر العولمة . القاهره، دار غريب للنشر والطباعة.

٢٨. مواهب ابراهيم عياد ونعمه مصطفي رقبان وساميه ابراهيم لطفي (١٩٩٥) : المرشد في تدريب المعاقين ذهنياً علي السلوك الإستقلالي في المهارات المنزلية، الاسكندريه منشأه المعارف.

٢٩. وجدى عبد اللطيف زيدان (١٩٩٨) : فعالية استخدام السيكودراما فى العلاج الأسرى لتحسين التواصل لدى الأبوين المسنين ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، العدد (٢٥) ، ص ٢-٦٨ ٠

٣٠. المجلس القومى للطفولة والأمومة (٩٢-١٩٩٧) : الخطة القومية للحد من الإعاقة لأطفال جمهورية مصر العربية .

٣١. منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) : المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD-١٠ تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ، الأوصاف السريرية (الاكلينكية) والدلائل

الإرشادية التشخيصية ، ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس ، بإشراف أحمد عكاشة ، الاسكندرية ، المكتب الاقليمى للشرق الأوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية .

٣٢. وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٣) : إحصاءات وملفات التربية الخاصة ، إدارة التربية الخاصة القاهرة .

صافيناز أحمد كمال إبراهيم مسعد فعالية الإرشاد الأسرى فى خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، رسالة دكتوراة الفلسفة فى التربية،

ثانيا المراجع الأجنبية :

١. Aman, L. (٢٠٠١): Family System Multi- Group Therapy for ADHD Children and their Families, Dissertation Abstracts International, –B p.٥٥٤٨.

٢. American Psychiatric Association (١٩٩٤): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ٤th ED., DSM-IV, Washington, DC., American psychiatric press..

٣. Barkley, R. (١٩٩٥): Taking Change of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents, New York, Guilford press

٤. Barkley, R., Godzinsky, G., & Dupaul, G. (١٩٩٢): Frontal Lope Function in Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity: A Review and Research Report, Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. ٢٠, No. ٢, p. ١٦٣- ١٨٤.

٥. Barkley, R., Guevremont D., Anaslopoulos A., & Fleteher K. (١٩٩٢): A Comparison of Three Family Therapy Programs for Treating Family Conflicts in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Vol. ٦٠, No.٣, p. ٤٥٠- ٥٦٢

٦. Brito, G. Pinto, R., & lins, M., (١٩٩٥): A Behavioral Assessment Scale of Attention Deficit Disorder in Brazilian Children based on DSM – III – R Criteria, Journal of Abnormal child psychology, No., ٢٣, p ٥٠٩-٥٢١.

٧. Brooks, R & Goldslein, S.,(٢٠٠٣): Nurturing Resilience in our Children, Conlemporary Books.

٨. Corell, O., & Huthchison, J. (١٩٨٧): A comparison of recommended treatment approaches: Attention Deficit Disorder Versus Aggressive Under Socialization Conduct Disorders, Dissertation Abstracts International-B Vol. ٤٧, No. ١١, p. ٤٦٤٥

٩. Corey G. (١٩٩٦): Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy an International Thomsen Publishing Company, Washington.

١٠. Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (١٩٩٩): Parental knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Opinions of Treatment Options: Impaction Enrolment and Adherence to a ١٢ Month Treatment Trial, Canadian Journal of Psychiatry, Vol.٤٤, No. ١٠, p.١٠٤٣- ١٠٤٩.

١١. Corrin, E., (٢٠٠٤): Child Group Training Versus Parent and Child Group Training for Young Children with ADHD, Dissertation Abstracts International-B Vol. ٦٤, No. ٧, p. ٣٥١٦

١٢. Corsini, R. (١٩٩٦): Encyclopedia of Psychology; Second Edition. Singapore, New York.

١٣. *Cunninqham C., Clark M., Louise, R., & Durrant. (١٩٨٩):* The Effect of Coping Modeling Problem Solving and Contingency Management Procedures on the Positive and Negative Interaction of Hearing Disability and Attention Deficit Disorder Children with an Autistic Peer, Child and Family Behavior Therapy Vol. ١١, No. ٣, p. ٨٩ – ١٠٦.

١٤. Danforth, J. (١٩٩٩): The Outcome of parent Training Using the Behavior Management Flow Chart with a Mother and her boys with Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child and Family Behavior Therapy, Vol. ٢١, No. ٤, p. ٥٩-٨٠.

١٥. Das. J. (١٩٩٦): Mental Retardation and Assessment of Cognitive Process, Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation. Washington, DC.

١٦. Daupaul, G., Schaughency, E., Weyandt, L., Trippi, G, Kiesner, J., Ota, K., & Stanish, H. (٢٠٠١): Self Report of ADHD Symptoms in University Students: Cross – Gender and Cross –National Prevalence, Journal of learning disabilities, Vol. ٣٤, No. ٤, p. ٣٧٠- ٣٨٠.

١٧. Dupaul, G., Anastopoulos, A., power, T., Murphy, K., & Barkley, R. (١٩٩٤): The ADHD Rating scale –IV Unpublished Manuscript, Lehigh University, Bethlehem, PA.

١٨. Edwards, J. (٢٠٠٢): Evidence – Based Treatment for Child ADHD: "Real –world " Practice Implications, Journal of Mental Health Counseling, Vol.٢٤, No.٢, p. ١٢٦ – ١٤٠.

١٩. Ellison, M (٢٠٠٤) : The Effect of Non –Verbal Redirection on Out of seat Behavior in a Subject Diagnosed as ADHD and MR , Dissertation Abstracts International-B Vol. ٤٢, No. ٣, p. ٧٣٢

٢٠. Fee, V., (١٩٩٣): The Differential Validity of Hyperactivity/ Attention Deficits and Conduct Problems Among Mentally Retarded Children, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. ٢١, No. ١ p. ١-١١.

٢١. Flynn, R., & Hopson, B. (١٩٨١): Inhibitory Training: An Alternative Approach to Development of Controls in Hyperactive Children. In Reid & Hresko (EDS). A Cognitive Approach to Learning Disabilities New York: Mac Graw Hill, Inc.

٢٢. Forehand, R., & McMahon, R. (١٩٨١): Helping The Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training, New York; Guilford press.

٢٣. Frank, J., George, H., Laurie, E., & Catherine, L. (١٩٩٦): Manual of Diagnosis And Professional Practice in Mental Retardation, American Psychological Association, Washington, DC.

٢٤. Frankel, F., (١٩٩٧) :Parent Assisted Transfer of Children's Social Skills Training: Effects on Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry, Vol. ٣٦, No. ٨, p. ١٠٥٦- ١٥٦٤

٢٥. *Glad*ding,. S. (١٩٨٨): Counseling a Comprehensive Profession, Columbus, Toronto, London

٢٦. Goth, A (١٩٩٣): Siblings of Mentally Related Children Midwife, Health Visitor and Community Nurse, Vol. ٢٦, No. ٤. p ٨١

٢٧. Graham, P. (١٩٩٨): Cognitive –Behavior Theory for Children and Families, Cambridge University press.

٢٨. Grisanzio, W. (٢٠٠١): Evaluation of Effectiveness of An Attention Enhancement Program for Children Diagnosed with ADHD Administered in the School setting, Dissertation Abstracts International-B, p. ٥٠٤٣.

٢٩. Harvey, E., (٢٠٠٠): Parenting Similarity and Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child and Family Behavior Theory Vol. ٢٢, No. ٣, p. ٣٩-٥٤

٣٠. Johannes R., & Marc J. (١٩٩٦): Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation, American Psychological Association Washington, DC.

٣١. Johnson, C., & Handen, B. (١٩٩٤): Efficiency of Mental Penidate Intervention on Classroom Behavior in Children with ADHD and Mental Retardation, Behavior Modification, Vol. ٥٩, No. ٤, p. ٤٧٠-٤٨٨.

٣٢. Kaufman,K (٢٠٠٤): Parental Satisfaction with Evaluation for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Dissertation Abstracts International-B Vol. ٦٤, No. ٧, p. ٣٥٢٨

٣٣. Malacrida, C. (٢٠٠١): Motherhood, Resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and Limits, Canadian Review of Sociology & Anthropology, May Vol. ٣٨, No. ٢, p. ١٤١- ١٦٦.

٣٤. Martin, T (٢٠٠١): ADHD, Divorce and Parental Disagreement about the diagnosis and treatment, pediatrics, Vol. ١٠٧, No. ٤, p. ٨٦٧- ٨٧٣.

٣٥. McCain A., & Kelley M., (١٩٩٣): Managing The Classroom Behavior of an ADHD Preschooler: The Efficacy of School me

note Intervention Child and Family Behavior Therapy, Vol. ١٥, No. ٣, p. ٣٣-٤٤.

٣٦. McKay, M., Gonzales, J., Quintana, E., Kim, L., & Abdul, J. (١٩٩٩): Multiple Family Group: An alternative for reducing disruptive behavioral difficulties of urban children, Social work practice, Vol. ٩, No. ٥, p. ٥٩٣- ٦٠٨.

٣٧. Merrell, K., & Boelter, E. (٢٠٠١): An Investigation of Relationships Between Social Behavior and ADHD in Children and Youth, Journal of Emotional & Behavior Disorders, Vol. ٩, No. ٤, p. ٢٦٠-٢٧٢.

٣٨. Noble, F (١٩٩١): Counseling Couples and Families, Introduction to Counseling, Ally and Becon.

٣٩. Patterson, G. (١٩٧٦): Living With Children: New methods for parents and teachers. Champaign, Il; Research press.

٤٠. Pfiffner, L., & McBurnett, K. (١٩٩٧): Social Skills Training with Parent Generalization: Treatment Effects for Children with Attention Deficit Disorder, Journal of Consulting Clinical Psychology, Vol. ٦٥, No. ٥, pp ٧٤٩-٧٥٧.

٤١. Phyllis,A (١٩٩٨): Intervention For ADHD Treatment In Developmental Context, New York, The Guilford Press.

٤٢. Reid, W. (١٩٨٥): Family Problem Solving, Columbia University Press, New York

٤٣. Rosenberg, A. (١٩٩٩): Pyganation "Parent Training For Families of Children Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Dissertation Abstracts International - B Vol. ٥٩, No. ٩, pp ٥٠٦٨.

٤٤. Suarez L., & Baker, B. (١٩٩٩): Child Externalizing Behavior and Parent's Stress: The Role of Social Supports, Vol. ٤٦, No. ٤, p. ٣٧٢-٣٨٢

٤٥. Swanson, J. (١٩٩٢): School Based Assessment and Interventions for ADD Students. Irvine, CA : K.C.

٤٦. Vaught, P., (١٩٩٠): Parental Perception of Children Clinically Diagnosed as Attention Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder or Conduct Disorder: The implication for Family Theory, Dissertation Abstracts International – B ٥١/٠٥ Nov. p.٢٦٣٨.

٤٧. Walker C., & Element P., (١٩٩٢): Treating Inattentive, Impulsive Hyperactive Children with Self-Modeling and Stress Inoculation Training, Child and Family Behavior Therapy, Vol. ١٤, No.٢, p. ٧٥-٨٥

٤٨. Woltersdorf, M (١٩٩٢): Video Taps Self Modeling in Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child and Behavior theory, Vol. ١٤, No. ٢ p. ١٣٤-١٤٧.

٤٩. Zentall, S., & Meyer, M., (١٩٨٧): Self – Regulation of Stimulation for ADD –H Children During Reading and Vigilance Task Performance, Journal of Abnormal child psychology, Vol., ١٥, p ٥١٩-٥٣٦.

